Lane Medical Library

Beitrag

zur

Osteotomia subtrochanterica.

Von

Hugo Schlenther.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1889.

Beitrag
zur
Osteotomia subtrochanterica.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,
welche
nebst beigefügten Thesen
mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät
der Königlichen Universität zu Greifswald
am
Sonnabend, den 19. Oktober 1889
Mittags $11^1/_2$ Uhr
öffentlich verteidigen wird

Hugo Schlenther
aus Ostpreussen.

Opponenten:

Herr Drd. med. Fuchs, pract. Arzt.
Herr Friedrich Herrmann, cand. med.
Herr Hans Müller, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1889.

Herrn Dr. med. Eugen Storch

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In der Greifswalder chirurgischen Universitäts-Klinik ist im Mai 1889 eine Osteotomia subtrochanterica mit Fortnahme eines Keiles von Herrn Prof. Dr. Helferich ausgeführt; in Bezug auf diesen mir gütigst überwiesenen Fall sei es mir gestattet, zunächst Einiges über die Operationsmethoden bei Behandlung von Hüftgelenks-Ankylose zu bemerken und eine Casuistik der bezeichneten Osteotomie zusammenzustellen, soweit sie mir zugänglich war.

Die Ankylose des Hüftgelenks kann fibrös, knorplig oder knöchern sein. Hiernach ist die Operationsmethode für den speziellen Fall zu wählen. Dabei muss natürlich auch die Ätiologie stets in Betracht gezogen werden, und ferner die Frage, ob der Prozess ein alter abgelaufener oder frischer ist, nie unerörtert bleiben. Im Allgemeinen kann die Ankylose entweder durch ein Trauma, eine spontane Entzündung oder einen congenitalen Prozess bedingt sein. Es handelt sich also einerseits namentlich um Ankylosen nach Coxitis tuberculosa, nach acuter Osteomyelitis und Gelenkrheumatismus, andrerseits ausserdem um nicht reponierte Luxationen im Hüftgelenk.

Die Operations-Verfahren, die zur Behandlung der Ankylose in Betracht kämen, wären folgende:

1) Brisement forcé.
2) Die Trennung des Schenkelhalses durch die Säge nach Rhea Barton.
3) Die subcutane Osteotomie des Schenkelhalses. (Adams.)
4) Die Meisselresektion nach v. Volkmann.
5) Die Osteoclasis subtrochanterica.
6) Die Osteotomia subtrochanterica nach v. Volkmann ohne oder mit Fortnahme eines Keils

und einige Modificationen, die sich in der Hauptsache an die Methode des Autors anschliessen.

Das Brisement forcé in der Narkose wird sich ausschliesslich für frische Fälle von Ankylose eignen, wo die Contraktur noch nicht so bedeutend ist, und ein Zerreissen der Adhäsionen sich leicht bewerkstelligen lässt. Durch die darauf folgende narbige Schrumpfung wird ein Recidiv nicht zu vermeiden sein.

Eine andere Methode, die jedoch jetzt nicht mehr ausgeführt wird, ist die Trennung des Schenkelhalses durch die Säge nach Rhea Barton, welcher zuerst im Jahre 1826 diese Operation machte. Nach ihm ist dieselbe vielfach geübt und empfohlen. Der einfachen Osteotomie hat Rodgers zunächst eine Excision eines keilförmigen Stücks mit oberer hinterer Basis aus dem Knochen zugefügt. Die Heilung nach der Operation erfolgte zum Teil mit fester knöcherner Consolidation, teils bildeten sich Pseudarthrosen; ein grosser Teil

ging jedoch infolge der tiefeingreifenden Operation zu Grunde. Von diesem Verfahren ist entschieden abzusehen, weil der Ausgang immer zweifelhaft bleibt; schon die Durchschneidung der Weichtheile durch den äusseren Bogenschnitt, wie er bei dieser Operation üblich ist, macht die spätere Beweglichkeit ziemlich unsicher, falls die Bildung eines neuen Gelenks angestrebt wird. Ausserdem kann hierbei die Pseudarthrose leicht in ein Schlottergelenk ausarten, welches dann die Tragfähigkeit des gestreckten Beines erheblich vermindert.

1869 hat Adams zuerst die subcutane Osteotomie des collum femoris ausgeführt. Er geht dabei von dem Grundsatze aus, durch einen möglichst kleinen Weichteilschnitt so schonend als möglich auf den Knochen zu gelangen und durchtrennt dann den Schenkelhals, indem er seine geknöpfte Stichsäge durch die kleine Wunde einführt. Die Muskulatur durchsticht er mit einem Tenotom. Das Resultat der Heilung ist entweder eine Pseudarthrose bei gestreckter Extremität oder die knöcherne Consolidation bei Geradstellung des Beins. Diese subcutane Osteotomie ist vielfach von ihm und anderen englischen Chirurgen mit Glück ausgeführt, so dass Lund, um ein bewegliches Gelenk zu schaffen, bei gestreckter Stellung der Extremitäten sogar beiderseits die Osteotomie mit Erfolg ausgeführt hat. Doch bleibt entschieden die Bildung der Pseudarthrose auch bei der sorgfältigsten Nachbehandlung zweifelhaft.

R. v. Volkmann hat daher 1880 in Fällen, in denen mit dem ankylotischen Hüftgelenk nicht eine allzugrosse Atrophie und Verkürzung der Extremität verbunden ist, die Meisselresektion mit vorausgegangener Osteotomia subtrochanterica mit Ausräumung der Gelenkpfanne durch Zerstückelung des Gelenkkopfes empfohlen. Er glättet dann mit der Knochenzange das untere Fragment des Femur und fügt ihn in die Gelenkpfanne ein. Natürlich muss nach Fortnahme des obern Femurstücks der Zustand der Pfanne ein ziemlich intakter sein. Die Bedingungen zu dieser Meisselresektion sind demnach ziemlich begrenzt und diese Operation nur selten bei einem ankylotischen Hüftgelenk ausführbar. Doch hat v. Volkmann bereits 10 solcher Fälle bis zum Jahre 1885 operiert und ist, was Heilung und funktionellen Erfolg anbetrifft, durchaus zufrieden.

Im Jahre 1875 veröffentlichte v. Volkmann in seinen „Beiträgen zur Chirurgie" 2 Fälle von Hüftgelenksankylose, die er zufällig durch die Osteoclasis subtrochantrica zur Heilung gebracht hat. Da dies Operationsverfahren durchaus den einfachen Osteotomia subtrochantrica gleicht und nur durch die Art der Knochentrennung sich unterscheidet, so will ich es nicht unterlassen, Auszüge aus den Krankengeschichten mitzuteilen.

Fall I.

Veraltete traumatische Luxatio iliaca. Frakturierung des Femur dicht unter der Trochanterspitze am

28. April 73. Heilung in abducierter Stellung des Beins, Deformität ganz gehoben. Verkürzung durch Beckensenkung ausgeglichen. 8. Juni Fraktur consolidiert. Patient kann mit der Sohle auftreten und lernt bald rasch ohne Hinken gehen.

Fall II.

Scarlatina mit polyartikulären Gelenkaffektionen; Spontanluxation der Hüfte. Osteoclasis subtrochanterina. Fast vollständige Beseitigung der Deformität. Rechter Femur fast rechtwinklich flektiert, wenig nach innen rotiert und adduciert. Nach 6 Wochen Fraktur am rechten Oberschenkel consolidiert. Patient geht unbeholfen. Der rechte Femur bleibt im Wachstum zurück. Zwei Jahre später ein Zoll Differenz der Extremität, die nicht durch Beckensenkung ausgeglichen werden kann.

Zufolge der Unvollkommenheit des Instrumentes kann der Operateur niemals sicher die betreffende Stelle frakturieren, oder es kann der Fall eintreten, dass sich Weichteile zwischen den gesplitterten Knochen setzen, ein Umstand, der den Erfolg also vollständig in Frage stellt. Es empfiehlt sich demnach nicht, den Femur durch manuelle Kraft oder einen Osteoklasten zu sprengen.

Zugleich mit diesen beiden Fällen veröffentlichte R. v. Volkmann ein neues Operationsverfahren zur Behandlung der Hüftgelenks-Ankylose, die Osteotomia subtrochanterica, und geht des Näheren auf diese Operation im Vergleich mit den andern ein. 1874

empfiehlt er im „Centralblatt für Chirurgie“ zuerst die Operation.

Die Osteotomia subtrochanterica ist besonders dann am Platze, wenn die Umgebung des Hüftgelenks von tief eingezogenen Narben durchsetzt ist, die Haut sich sehr dünn darüber befindet oder mit dem Trochanter fest verwachsen ist. Es eignen sich ferner zu dieser Operation diejenigen schweren Fälle von Ankylose, bei denen der Gelenkkopf und Schenkelhals bereits stark pathologisch verändert sind oder der luxierte Gelenkkopf mit den Becken durch Synostose verwachsen ist. Besonders kämen demnach diejenigen Anklyosen in Betracht, die man des öfteren nach Gelenkrheumatismus und Coxitis beobachtet, jene schweren Adduktions-Ankylosen, die durch die spontane Luxation des Kopfes entstehen und bei denen die schrumpfenden Gelenkbänder Adduktion ad maximum verursachen können. In allen diesen Fällen ist die Osteotomia subtrochanterica durchaus angezeigt schon aus dem Grunde, weil die Ooperation unterhalb der Reduktions-Hindernisse gemacht wird, Becken und der pathologisch veränderte Femur nicht in Betracht kommt.

Die Operation selbst wird am besten so ausgeführt, dass man auf dem Trachanter parallel dem Femur einen Schnitt führt, ähnlich dem, wie ihn B. v. Langenbek zur Resektion angegeben hat. Nachdem die Weichteile durchtrennt sind, wird das Periost mit dem Elevatorium abgehebelt und dann mit der

Stichsäge oder einem Meissel der Femur durchtrennt. Bei jüngeren Patienten wird gewöhnlich stets die einfache Durchtrennung genügen und die Extremität sich geradestellen lassen; bei älteren jedoch wird die Strekung erst nach Entfernung eines Keilstückes sich ermöglichen lassen. Die Basis dieses Keils muss nach der convexen Seite der Krümmueg gelegen sein, damit die Knochenflächen in der Correktionsstellung sich möglichst gut anpassen können. Nach Art einer Oberschenkelfraktur wird darauf der Femur zur Consolidation gebracht.

Zwar verzichtet man von vorn herein bei dieser Operation stets auf Beweglichkeit im Hüftgelenk. Das Resulat ist aber bei Adduktionanklyosen geradezu überraschend. Die durch die adducierte Extremität bedingte Beckenerhebung wird durch die Osteotomia subtrochanterica beseitigt, die Extremität scheinbar um die Beckenerhebung verlängert. Ist die Extremität, wie in den meisten Fällen durch den Krankeitsprozess an und für sich im Wachstum zurückgeblieben, so empfiehlt sich eine geringe Abduktionsstellung, wodurch das Becken tiefer gestellt wird, und die Extremität wiederum um einige Centimeter scheinbar verlängert wird.

Die Osteotomia subtrochanterica wird also namentlich in den Fällen den Vorzug vor der Resektion erhalten, wo der Krankheitsprozess abgelaufen und die Extremität um ein Bedeutendes verkürzt ist. Ausserdem ist natürlich stets der Beruf des Patienten in Er-

wägung zu ziehen. Die Osteotomie wird sich niemals eignen, wenn der Kranke seine Arbeit in sitzender Stellung ausführen muss; immer wird ihm das ankylotische Hüftgelenk dabei hinderlich sein. Man sollte in diesen Fällen, falls es die pathologischen Verhältnisse irgendwie zulassen, die Meisselresektion ausführen, erst in jenen, wo die Extremität allzu atrophisch ist und tiefe Narben es verhindern, wäre die Osteotomia subtrochanterica vorzunehmen. Sie ermöglicht wenigstens dem Patienten ungehinderte Rückenlage, Stehen in aufrechter Stellung und auch leidliches Gehen ohne Krücke. Ausserdem ist der Erfolg bei der Resektion immer bedingt durch langwierige Nachbehandlung in der fortgesetzten Extension; bei der Osteotomie ist die Consolidation des Femur das gewünschte Resultat.

Bei doppelseitiger Ankylose ist der operative Eingriff der zweckmässigste natürlich der, dass man auf der einen Seite zunächst die Resektion ausführt, während man an der andern Seite bei gelungener Resektion die Osteotomia subtrochanterica machen kann. Nach den von v. Volkmann gemachten Beobachtungen gehen die Patienten mit einem ankylotischen Hüftgelenk besser, als bei doppelseitiger Resektion. Die Osteotomie auf beiden Seiten auszuführen ist selbstverständlich gänzlich ausgeschlossen. Es wäre eine Fortbewegung für den Patienten unmöglich, falls er keiner Krücken sich bedient.

Es sei mir gestattet, nun Auszüge sämmtlicher Krankengeschichten mitzuteilen, in denen die einfache

Osteotomia subtrochanterica ausgeführt ist, darauf solche, in denen die Operation mit Fortnahme eines Keils gemacht ist.

Fall 1.

v. Eicken teilt in seiner Dissertation (Würzburg 1878) einen Fall von Luxatio obturatoria nach Coxitis mit. Die Heilung erfolgte durch die einfache Osteotomia subtrochanterica mit einer Verkürzung von 2 cm.

Fall 2.

M. Backer berichtet im Brit. medizin. Journal 1878 Vol. II p. 438 ebenfalls über einen Fall von Ankylose des linken Hüftgelenks. Oberschenkel ist im Winkel von 90^0 fixiert. Der Femur wird hart unter dem Trahanter durchmeisselt. Da eine völlige Streckung noch nicht erzielt wird, so werden subcutan die Sehnen des musc. adduct. long. und tensor fasciae latae durchschnitten. Nach drei Monaten kann Patient vortrefflich gehn.

Fall 3.

J. Bell teilt in dem Edinburger mediz. Journal 1877 p. 785 mit: „case of badly-united fracture of the femur treated by sawing across the bone with antiseptic precautions.“ Dieser Fall gehört auch zu den durch die einfache Osteotomia subtrochanterica behandelten. Ein 12jähriger Knabe ist mit geheilter Oberschenkel-Fraktur im obern Drittel behaftet. Es besteht Auswärts-Rotation des Beines und Verkürzung desselben um 5 Zoll. Patient kann sich nur mit Mühe

fortbewegen. Nach misslungenen osteoklastischen Versuchen durchsägt er den Femur. In der 9. Woche wird Patient mit gering verkürztem, geradem Beine entlassen. Er ging zur damaligen Zeit noch an der Krücke.

Fall 4.

Herr Prof. Dr. Helferich teilt im Bericht der Münchener chirurg. Poliklinik (Ärztl. Intelligenzblatt 1880) ebenfalls eine von ihm ausgeführte Osteotomia subtrochanterica mit. An einer 18jährigen Patientin mit knöcherner Ankylose des linken Hüftgelenks in maximal abducierter Stellung, rechtwinkliger Contraktur des Kniegelenks, Nekrose am linken Femur unten und linken Humerus oben infolge einer akuten Osteomyelitis vor etwa 3 Jahren wird zunächst die einfache Osteotomie unter dem Trachanter mit sofortiger Correktur der Stellung ausgeführt. In drei Wochen vollständige Heilung. Nach fünf Wochen zeigt sich Beweglichkeit der Fragmente; durch passive Bewegungen wird die Bildung einer Pseudarthrose unterstützt. Dieser Ausgang ist sehr erwünscht, weil das Kniegelenk in gestreckter Stellung steif sein muss. Nach viermonatlicher Behandlung wird Patientin entlassen. Sie beginnt mit Gehübungen an der Krücke.

Fall 5—8.

In der New Yorker mediz. Presse teilt 1888 Dr. J. Rosenstirn (San Francisco) 4 Fälle über Osteotomia subtrochanterica mit. Zwei Patienten litten an doppelseitiger Hüftgelenks-Ankylose, der eine voll-

ständig, der andere incomplet. Er hat dabei einen kleinen Eingriff hinzugefügt, indem er subcutan die gespannten Fasern der Fascia lata und des ileofemoralen Gelenk-Kapselbandes mit einem Tenotom durchtrennt.

Fall 9—27.

Bis zum Jahre 1885 hat v. Volkmann 19 Osteotomien unter dem Trachanter ausgeführt. In der Litteratur sind von diesen Osteotomien 3 Fälle genauer beschrieben bei denen die Osteotomia subtrochanterica cuneiformis ausgeführt ist.

In den „Beiträgen zur Chirurgie 75" finden sich folgende beiden Fälle:

1) Flexions- und Adduktionskontraktur der rechten Hüfte infolge von Luxatio femoris spontana nach Osteomyelitis acuta diffusa. Es wird die Osteotomia subtrochanterica mit Fortnahme eines Keils ausgeführt. Heilung mit Beseitigung der Deformität von März 1873 bis März 1874. — Gesammtverkürzung beträgt abgesehen von der Flexionsstellung des Beines circa 4 Zoll. — Von der Osteotomie-Wunde ausgehend übersteht Patient ein schweres Erysipel. Am 23. Februar 74 ist der Knochen consolidiert. Patient verlässt allmählich das Bett und versucht zu gehen. Ende März wird er entlassen.

2) Rechtsseitige Hüftgelenksankylose nach Coxitis. Heilung mit Beseitigung der Deformität. Erfolg ganz vorzüglich. 11 Jahre ist Patient nur mit hochangezogenem Bein an Krücken gegangen. Hüftgelenk

rechtwinklig und in einer Adduktionsstellung von 45° ankylotisch. Die Verkürzung des atrophischen Beins beträgt 12 cm. Am 17. Februar 74 Osteotomia subtrochanterica cuneiformis. 17. April feste Consolidation. 17. Juni wird Patient entlassen. Mit einer $3^1/_2$ cm hohen Sohle geht Patient vorzüglich.

Im Centrallblatt für Chirurgie (April 1885) veröffentlicht v. Volkmann einen weiteren Fall von Osteotomie mit Fortnahme eines Keils, der wegen der mannigfachen Schwierigkeiten die grösste Bedeutung verdient.

3) An einem an Gelenkrheumatismus leidenden 22jährigen Patienten sind nacheinander folgende Operationen ausgeführt: Rechtes Hüftgelenk: Osteotomia subtrochanterica cuneiformis, am linken: Meisselresektion, beide Füsse durch gewaltsame Osteoklasen richtig gestellt, am rechten Fusse ausserdem eine Ampatatio metatarsea. Ferner frakturierte nach der ersten Operation durch Unvorsichtigkeit des Krankenwärters der linke Oberschenkel. Das Resultat war, das Patient nach 7jährigem Krankenlager allgemeine Beweglichkeit erlangt hat.

Fall 28—29.

Dr. Ed. v. Wahl teilt in der Petersburger medizinischen Wochenschrift 1876 zwei Fälle von Flexions- und Adduktions-Contracturen der Hüfte nach Coxitis mit, die durch die v. Volkmann'sche Osteotomia subtrochanterica zur Heilung gebracht worden sind.

1) 9jähriges Mädchen seit 4 Jahren an Coxitis erkrankt. Linkes Hüftgelenk fast unbeweglich. 16. Oktober 1875 Osteotomia subtrochenterica cuneiformis. Extensionsverband. Nach 23 Tagen Consolidation. Nach 39 Tagen verliess Patientin mit Krücken das Bett, nach 8 Wochen beginnt sie auf erhöhtem Schuh zu gehen. Die Adduktion völlig gehoben, Flexion beträgt 140°, Verkürzung 2 cm. Gang ziemlich unbeholfen, jedenfalls aber besser als vor der Operation.

2) 14 Jahre alter Knabe. Ankylose des linken Hüftgelenks. Flexion 102°, Adduktion 10°. 12. November 1875 Osteotomia subtrochanterica mit Fortnahme eines Keils. Extensionsverband in Abduktionsstellung. Nach 3 Wochen Consolidation. Mitte Dezember kann Patient das Bett verlassen und schon sehr gut mit erhöhter Sohle gehen. Flexion 140°, Abduktion 10°, Verkürzung 2 cm bei der Entlassung.

Fall 30—34.

Margary veröffentlichte ebenfalls in der „Gazetta delle cliniche di Torini“ 1881, No. 18 einen Fall von Osteotomia subtrochanterica. Bei einem 10jährigen Patienten besteht linksseitige Coxitis mit fester Ankylose. Rechtwinklige Flexionsstellung, mässige Adduktion und Innenrotation. Verkürzung 14 cm. Das Resultat der Osteotomia subtrochanterica cuneiformis ist: vollständige Correctur der Stellung, Verkürzung nur 1 cm. Das Becken steht links 3 cm tiefer.

Eine gleiche Osteotomie hat Margary schon früher mit gleichem Erfolg ausgeführt.

In einem auf dem X. Congress italienischer Ärzte gehaltenen Vortrag: „Osteotomia e sue varie applicazioni nella cura della deformità“ führt derselbe bereits 5 Fälle von Hüftgelenks-Ankylose auf, die er durch die Osteotomia zur Heilung gebracht hat.

Fall 35.

In der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ (19 Bd. p. 463) teilt G. Ledderhose einen interessanten Fall von doppelseitiger Hüftgelenks-Ankylose mit. Beide Extremitäten sind extrem adduciert, innen rotiert, stehen also kreuzweis. An beiden Hüftgelenken hat er die Osteotomia subtrochanterica mit Fortnahme eines Keils ausgeführt. Der funktionelle Erfolg ist der, dass der Patient, da er sein linkes Kniegelenk 35° hyperextendieren kann, mit einem Stock sich fortzubewegen vermag, am besten jedoch mit 2 Stöcken. Er schleudert dann das rechte Bein weit vor und erhebt zugleich den linken Fuss.

Fall 36.

Novaro hat ebenfalls 1884 einen Fall von linksseitiger Coxitis veröffentlicht, wo die keilförmige Osteotomie zur Ausführung gekommen ist. — 13-jähriger Patient. Linke Extremität 185° flectiert, nach innen rotiert und stark adduciert. 3 Monate nach der Operation feste Consolidation. Doch war die Abduktion nicht genügend, so das der Callus gebrochen

wurde. Nach 1½ Monaten abermalige Consolidation. Patient verlässt das Bett. Bei der Entlassung vermag er hinkend ohne Stock zu gehen.

Die Krankengeschichte des in hiesiger Klinik von Herrn Professor Dr. Helferich operierten Patienten lautet:

Fall 37.

Wilhelm Torgow, Schneider, 31 Jahre alt, aus Greifswald. Aufgenommen 10. 5. 89; entlassen 5. 8. 89.

Anamnese: Patient bekam vor circa 28 Jahren Schwellung und Schmerz im linken Kniegelenk. Unter Behandlung mit Jod ging die Schwellung zurück. Nach ungefähr 3 Jahren bekam er eine Coxitis mit Fistelbildung. Dieselbe wurde durch Prof. Vogt operiert. ½ Jahr blieb er bettlägerig; es blieben einige Fisteln und geringe Beugung im Hüftgelenk. Die Fisteln schlossen sich zeitweise und brachen dann wieder auf. Seit 15 Jahren sind sie völlig verheilt. Die Beugung im Hüftgelenk wurde immer grösser; im Anschluss daran geriet auch das Knie in Flexionsstellung. Das Bein selbst wurde sehr schwach. Wegen der hochgradigen Beugecontraktur in der Hüfte liess sich Patient hier aufnehmen.

Status praesens vom 11. 5. 89. Kräftiger, fetter Mann, geht mit einer Krücke, die in der linken Achselhöhle angreift. Im linken Hüftgelenk feste Ankylose in Flexion im Winkel von circa 100°. An der Glutaenseite etwas lateral 2 tief eingezogene Narben. In aufrechter Stellung geringe linksseitige Scoliose der

Brustwirbel mit minimaler Kyphose; ausserdem rechtsseitige Scoliose der Lendenwirbel und geringe Lordose. Die linke Extremität der rechten gegenüber atrophisch; Umfang des linken Oberschenkels 39 cm, des rechten 50 cm; ebenso der linken Wade 27, der rechten 34 cm. Der linke Femur verkürzt: 41 cm gegenüber dem rechten 49 cm; der linke Unterschenkel 38 cm, der rechte 42 cm. Der linke Fuss vom hintersten Punkte des calcaneus bis zur Spitze der grossen Zehe 25, rechts 28 cm. In der Ruhe ist der Winkel, in dem das Kniegelenk gebeugt ist 90^0. Der Fuss volar flectiert mit dorsalem Winkel von circa 130^0. Bewegungen im Knie- und Fussgelenk sind aktiv und passiv völlig normal. Die linke Unterextremität nach aussen rotiert.

Operation in Narcose am 20. 5. 89. Längsschnitt über dem Trochanter major abwärts der Lateralseite des Femur, der bis auf das Periost dringt und darauf dasselbe spaltet. Dasselbe wird zu beiden Seiten abgehebelt und mit dem Meissel ein keilförmiges Knochenstück excidiert. Der Schrägschnitt entspricht dem obern Femur-Fragment, der Querschnitt dem untern. Die Basis des Keils liegt unten und hinter dem Trachanter major, die Spitze nach vorn (Osteotomia subtrochanterica cuneiformis). Adaption der Schnittflächen. Etagennähte. Zwei Drains in den Wundwinkeln. Stellung des Femur in Abduktion und Aussenrotation. Trockner aseptischer Verband.

Verbandwechsel 31. 5.

Es werden Drains und Nähte entfernt.

Verbandwechsel 7 6.

Der beabsictigte Extensions-Verband kann nicht angelegt werden, weil unter dem letzten Verbande recht erhebliches Oedem der ganzen Extremität aufgetreten ist.

Verbandwechsel 14. 6.

Es besteht heute eine feste Narbe. Extensions-Verband mit 8 Pfund. Flache Lagerung des Patienten.

Verbandwechsel 21. 6.

Starker Callus, an der Meisselstelle schmerzhaft. Eisblase.

Verbandwechsel 10. 7.

Callus noch nicht ganz fest, täglich Massage.

Verbandwechsel 5. 8.

Geheilt mit festem Oberschenkel entlassen. Die Winkelstellung im Hüftgelenk beträgt ungefähr 165°. Patient kann enschieden besser gehen als früher. Doch macht ihm das Sitzen weit mehr Beschwerden, ebenso das Treppensteigen. Patient sitzt gewöhnlich auf der Stuhlkante mit weit vorgestrecktem linken Bein.

Status praesens am 9. 10. 89. Patient geht noch mit linker Krücke. Mit einem Stock vermag er sich nur mühsam fortzubewegen. Der Femur steht leicht flektiert etwa 165°, mässige Aussenrotation. Die Muskulatur ist gekräftigt. Der Oberschenkelumfang hat um 2 cm zugenommen gegen die Messung im Mai. Das Kniegelenk ist vollkommen normal beweglich,

doch giebt Patient an, dass er beim Stehen das Gefühl hätte, als ob er zusammensinke. Patient vermag ungehindert zu sitzen und vermag besser Treppen zu steigen als früher. Als das funktionelle Resultat der Operation kann man eine Besserung des Zustandes bezeichnen, die augenscheinlich progressiv ist.

Wenn wir aus diesen mitgeteilten Fällen die Bedingungen zusammenstellen, unter welchen die Osteotomia subtrochanterica angezeigt ist, so sind es folgende:

1) Der Krankheitsprozess muss bereits abgelaufen, resp. ausgeheilt sein.
2) Es ist erwünscht, dass das Hüftgelenk bereits knöchern oder zum mindesten knorplig ankylotisch ist.
3) Adduktions-Ankylosen eignen sich besonders zur Operation.
4) Sind beide Hüftgelenke ankylotisch, so empfiehlt es sich an dem einen die Resektion als die erste Operation auszuführen und an dem andern die Osteotomia subtrochanterica.

Von der Operation selbst haben wir folgenden funktionellen Erfolg zu erwarten:

1) Die vor der Operation unbrauchbare Extremität ist tauglich zur Locomotion.
2) Die verkürzte Extremität wird scheinbar durch die Beckensenkung und Abduktionsstellung der Extremität verlängert.

3) Durch minimale Flexionsstellung wird das Sitzen dem Patienten bedeutend erleichtert.
4) Der Patient muss sich ohne Krücke unter der Achselhöhle fortbewegen können.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Helferich für die liebenswürdige Überweisung des Themas, sowie für die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit den aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Richard Volkmann, Beiträge zur Chirurgie anschliessend an einen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle. 1875.

Richard Volkmann, die Krankheiten der Bewegungsorgane.

C. Hüter's Grundris der Chirurgie 1887.

Hüter, Gelenkkrankheiten.

Theodor Billroth, Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

L. Ollier, Traité des résections.

Eulenburg's Realencyclopädie.

Centralblatt für Chirurgie: Jahrgang 1874, 1877, 1879, 1880, 1881, 1883, 1884, 1885.

Schmidt's Jahrbücher: Band 173, 181, 212, 219, 223.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie: Band 19, 24.

Lebenslauf.

Johann Hugo Schlenther, evangelischer Konfession, wurde am 19. März 1865 als der dritte Sohn des früheren Gutsbesitzers Leopold Schlenther und seiner Ehefrau Emily, geb. Mac Lean zu Kerstupönen bei Kraupischken, Kr. Ragnit, in Ostpreussen geboren. Seinen ersten Schulunterricht erhielt er durch Privatlehrer im elterlichen Hause. Ostern 1875 wurde er in die Oberquinta des Königl. Gymnasiums zu Tilsit aufgenommen, welches er 1882 mit dem Königl. Gymnasium zu Bartenstein in Ostpreussen vertauschte. Den 26. September 1884 bestand er daselbst das Abiturienten-Examen. Da er nicht für den Militärdienst tauglich gehalten wurde, liess er sich Ostern 1885 in Greifswald unter dem Rektorate des Herrn Prof. Dr. Schuppe von dem derzeitigen Dekan Herrn Prof. Dr. Schirmer in das Album der medizinischen Fakultät eintragen. Im Wintersemester 1886/87 erhielt er das Zeugnis über die ärztliche Vorprüfung; am 17. Juli 1889 bestand er das Examen rigorosum. Am 26. September 1889 liess er sich das Abgangszeugnis von der Universität Greifswald ausstellen.

Während seiner Studienzeit hat er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten gehört:

Arndt. J. Budge, Geh. Med.-Rat †. Gerstäcker. Grawitz. Helferich. Holtz. Krabler. Landois, Geh. Med.-Rat. Limpricht, Geh. Reg.-Rat. Löffler. Möller. Mosler, Geh. Med.-Rat. Oberbeck. Peiper. Pernice, Geh. Med.-Rat. Frhrr. von Preuschen von und zu Liebenstein. Rinne. Schirmer. Schmitz. Schultz. Solger. Sommer. Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern erlaubt sich Verfasser seinen wärmsten Dank auszusprechen. Zu ganz besonderem Dank fühlt er sich Herrn Prof. Dr. Helferich und Herrn Geheimrat Prof. Dr. Mosler verpflichtet, an deren Kliniken er 1888 vier Monate die Stelle eines Coassistenten, resp. 1889 zwei Monate die eines Volontärs bekleiden durfte.

Thesen.

I.

Bei frühzeitig diagnosticiertem Ösophagus-Divertikel ist die einzig richtige Therapie tägliches Bougieren.

II.

Bei Blasencatarrh ist die locale Behandlung der Darreichung innerer Mittel vorzuziehen.

III.

Die v. Volkmann'sche Osteotomia subtrochanterica ist besonders bei Adductions-Ankylose nach abgelaufener Coxitis zu empfehlen.